

SOLICITUD DE AUDIENCIA

Si usted se opone al embargo de sus sueldos por la deuda que se describe en el aviso, puede usar este formulario para solicitar una audiencia. **Deberá realizar la solicitud por escrito y enviarla o entregarla personalmente en la dirección que se indica a continuación.**

Nombre: _____ SSN: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Empleador: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha inicial del empleo actual: _____

() MARQUE AQUÍ si se opone porque ese embargo por el equivalente al **15%** de su sueldo disponible le ocasionaría dificultades económicas a usted y a las personas que dependen de usted. (Comuníquese con servicio al cliente, llamando al número que se indica a continuación, para acordar un plan de pago voluntario.)

Usted deberá llenar el **FORMULARIO DE INFORMACIÓN FINANCIERA** que se adjunta o el Formulario de Información Financiera que usted prefiera a fin de presentar su reclamación por dificultades financieras. Tendrá que adjuntar copias de la documentación de ingresos y rentas, y constancias de gastos, según se explica en el formulario. Si se aprueba su solicitud y se le concede una audiencia oral, se le notificará la fecha, hora y lugar de la audiencia. Si se deniega su solicitud de una audiencia oral, el Departamento tomará una decisión con respecto a los montos que habrá de pagar en función del análisis que realice de la documentación presentada por escrito.

NOTA: Además deberá indicar a continuación cualquier otra objeción que tenga contra el embargo destinado a cobrar esta deuda en este momento.

NOTA: SE RECOMIENDA LLAMAR AL NÚMERO DE SERVICIO AL CLIENTE QUE APARECE EN EL AVISO ADJUNTO PARA SOLICITAR COPIAS DE TODA LA DOCUMENTACIÓN QUE TENGA EL DEPARTAMENTO, ANTES DE PROCEDER A LLENAR LA SOLICITUD DE AUDIENCIA.

I. SOLICITUD DE AUDIENCIA (Marque UNA SOLA de las siguientes opciones)

() Solicito una audiencia sumaria de mis objeciones en función de la revisión efectuada por el Departamento de la presente declaración expresa, los documentos que he adjuntado y la documentación que obra en mi expediente de deuda en el Departamento.

() Solicito una audiencia presencial en la oficina de audiencias del Departamento a efectos de presentar mis objeciones. Me consta que debo pagar mis gastos para comparecer en esta audiencia.

Solicito que esta audiencia presencial se lleve a cabo en: _____ Atlanta, GA, _____ Chicago, IL. _____ San Francisco, CA. (Marque el lugar que solicita para la audiencia.)

() Solicito una audiencia telefónica para presentar mis objeciones. (Tiene que indicar un número de teléfono al que podamos llamarle en el horario de 8:00 am a 4:00 pm, de lunes a viernes). Me pueden llamar al:

El presente tiene por objeto cobrar una deuda y toda información que se obtenga será usada para tal fin.

SOLICITUD DE AUDIENCIA

II. SI DESEA OBTENER UNA AUDIENCIA PRESENCIAL O TELEFÓNICA, DEBERÁ COMPLETAR LO SIGUIENTE:

La documentación de deuda que presenté para sustentar mi declaración en la Parte III no ilustra todos los hechos importantes que están relacionados con mi objeción al cobro de esta deuda. Necesito una audiencia para explicar los siguientes hechos importantes con respecto a esta deuda: (**EXPLIQUE** en otra hoja de papel, los otros hechos que, en su opinión, justifican la necesidad de que se realice una audiencia. Si ya ha descrito en forma completa estos hechos en la respuesta que figura en la Parte III, **ESCRIBA AQUÍ** el número de la objeción en la que describió estos hechos____.)

Nota: Si no solicita una audiencia presencial o telefónica, se analizará su objeción, sobre la base de la información y los documentos que suministre junto con este formulario, así como toda la documentación que obre en su expediente de deuda. Concederemos una audiencia oral a aquel deudor o prestatario que la solicite y demuestre en la solicitud de audiencia un buen motivo para creer que no podemos resolver las cuestiones objeto de controversia mediante el análisis de la documentación de prueba. Un ejemplo es cuando la validez de la pretensión da lugar a una cuestión de credibilidad o veracidad.

III. Marque las objeciones que correspondan. EXPLIQUE todo otro aspecto relacionado con su objeción en una hoja aparte. ADJUNTE los documentos que se describen aquí (si no adjunta documentos, el Departamento considerará sus objeciones sobre la base de la información que aparece en este formulario y la documentación que obra en poder del Departamento).

Para algunas objeciones deberá presentar una solicitud completa. Para obtener las solicitudes, llame al número de Servicio al Cliente que aparece a continuación, o bien vaya al sitio web del Departamento en:

www.myeddebt.ed.gov, **seleccione Formularios, luego elija la solicitud que se describe para esa objeción.**

1. () No debo el monto completo indicado porque pagué el total de la deuda o parte de ella. (ADJUNTE: copias del anverso y reverso de los cheques, y copias de los giros y recibos de pagos realizados en relación con la deuda.)
2. () Estoy efectuando pagos de esta deuda según lo exigido por el convenio de pago que celebré con el titular de la deuda. (ADJUNTE: copias del convenio de pago y copias del anverso y reverso de los cheques de pago según el convenio.)
3. () Presenté una solicitud de quiebra y mi caso todavía está pendiente. (ADJUNTE: copias de la documentación de cualquier tribunal en la que figure la fecha en que presentó la quiebra, el nombre del tribunal y el número de caso.)
4. () Esta deuda fue objeto de cancelación por quiebra. (ADJUNTE: copias de la orden de cancelación de la deuda y el listado de deudas que se presentó al tribunal.)
5. () El prestatario ha fallecido. (ADJUNTE: Documento original y certificado, o bien fotocopia fiel y completa del Certificado de Defunción original o certificado). Para préstamos solamente.
6. () Estoy incapacitado en forma total y permanente y no puedo desarrollar ninguna actividad real y remunerada como consecuencia de un impedimento físico o mental que puede determinarse por medios médicos. (Obtenga, llene y presente una Solicitud de Cancelación de Préstamo: Formulario de Incapacidad Total y Permanente Un médico tiene que llenar el formulario salvo que usted sea un veterano de guerra, en cuyo caso podrá presentar la documentación correspondiente del Departamento de Veteranos de EE. UU. Lea la solicitud para averiguar cuáles son todos los requisitos.) Para préstamos solamente.
7. () Usé este préstamo para matricularme en _____(universidad) el ___/___/___, o alrededor de esa fecha, y dejé la universidad el ___/___/___, o alrededor de esa fecha. Pagué a la universidad \$_____ y, en mi opinión, la universidad me debe un reembolso, que no he recibido, por la suma de \$_____. (Obtenga, llene y presente una Solicitud de Cancelación de Préstamo: formulario de Reembolso pendiente de pago. ADJUNTE: toda documentación que usted tenga y donde figure la fecha en que dejó la universidad). Para préstamos solamente.

El presente tiene por objeto cobrar una deuda y toda información que se obtenga será usada para tal fin.

SOLICITUD DE AUDIENCIA

8. () Yo (o el estudiante, en el caso de padres prestatarios PLUS) usé este préstamo para matricularme en _____(universidad) el ___/___/___ , o alrededor de esa fecha, y no pude terminar mis estudios porque la institución cerró. (Obtenga, llene y presente una Solicitud de Cancelación de Préstamo: formulario Cierre de la universidad. ADJUNTE: toda la documentación donde figure la fecha en que usted (o el estudiante, en el caso de padres prestatarios PLUS) dejó la universidad). Para préstamos solamente.

9. () No es éste mi Número de Seguro Social, y esta deuda no me pertenece. (ADJUNTE: copia de su licencia de conductor o alguna otra identificación expedida por alguna entidad Federal, estatal o local y copia de su tarjeta de Seguro Social).

10. () Creo que esta deuda no es exigible por el monto declarado por los motivos que se explican en la carta adjunta. (Adjunte una carta donde explique un motivo que no sea alguno de los indicados antes como objeción al cobro de esta deuda mediante embargo de su sueldo. ADJUNTE: toda documentación complementaria).

11. () Yo (o el estudiante, en el caso de padres prestatarios PLUS) no tenía un diploma de escuela secundaria o GED en el momento en que me matriculé (o el estudiante se matriculó, si se trata de padres prestatarios PLUS) en la universidad a la que asistí con este préstamo estudiantil garantizado. La universidad se equivocó al determinar los beneficios que yo (o el estudiante, en el caso de padres prestatarios PLUS) podría recibir de los estudios que ofrece. (Obtenga, llene y presente una Solicitud de Cancelación de Préstamo: formulario de Certificación falsa (Capacidad para recibir beneficio). ADJUNTE: toda documentación que usted tenga y donde figure la fecha en que dejó la universidad). Para préstamos solamente.

12. () Cuando obtuve este préstamo estudiantil garantizado para estudiar en _____(universidad), yo (o el estudiante, en el caso de padres prestatarios PLUS) me encontraba en una condición (física, mental, cronológica, penal) que me impedía (o le impedía al estudiante, si se trata de padres prestatarios PLUS) cumplir los requisitos del Estado para desempeñarme en la ocupación para la que estaban destinados los estudios universitarios. (Obtenga, llene y presente una Solicitud de Cancelación de Préstamo: formulario de Certificación falsa (estado inhabilitante). Para préstamos solamente.

13. () Mi última relación laboral se extinguió por motivos ajenos a mi voluntad y he estado empleado en mi actual trabajo por menos de doce meses. (Adjunte carta de su empleador en la que figure la fecha de contratación de su trabajo actual y una declaración del empleador anterior en que la indique que hubo una extinción involuntaria de la relación laboral).

14. () Creo que _____(nombre de la persona u otra parte) firmó, sin mi permiso, con mi nombre o usó mis datos de identificación personal para firmar los documentos para obtener este préstamo y yo no recibí los fondos del préstamo. (Obtenga y presente una solicitud de cancelación por Certificación Falsa (Firma no autorizada/Pago no autorizado) o Certificación de Robo de Identidad). Adjunte la documentación que ilustre la fecha en que dejó la universidad). Para préstamos solamente.

IV. Declaro, bajo pena de perjurio, que las declaraciones que he realizado son precisas y fidedignas según mi leal saber y entender.

FECHA: _____ FIRMA: _____

ENVÍE ESTA SOLICITUD DE AUDIENCIA A:

US DEPARTMENT OF EDUCATION
ATTN: AWG HEARINGS BRANCH
PO BOX 5227
GREENVILLE TX 75403-5227

Si desea disponer un acuerdo voluntario de pagos en montos equivalentes al 15% de sus ingresos disponibles, no use este formulario. En cambio, llame al número de teléfono de Servicio al Cliente que figura a continuación:

U.S. Department of Education Customer Service
1-800-621-3115 (TTY: 1-877-825-9923)

Toda violación de un acuerdo de esa naturaleza podría resultar en una orden inmediata para que su empleador embargue el 15% de su sueldo disponible.

El presente tiene por objeto cobrar una deuda y toda información que se obtenga será usada para tal fin.

Departamento de Educación de EE.UU.

Declaración de Información Financiera

Para evaluar una solicitud por dificultades financieras, el Departamento de Educación de EE.UU. (el Departamento) compara los gastos que se declaran y comprueban con los promedios de gastos similares que tienen aquellas familias del mismo tamaño e ingresos que los suyos. El Departamento considera razonables aquellos gastos comprobados que alcancen el monto de estos promedios. Si usted declara un gasto mayor al promedio de las familias como la suya, deberá proporcionar una explicación convincente del motivo por el cual el monto que reclama es necesario. Estos montos promedio fueron establecidos por el Servicio de Renta Interna (IRS) basándose en distintos estudios hechos por el gobierno. Puede ver el monto de gastos promedio que usa el Departamento en el siguiente sitio web: www.irs.gov y luego busque “Collection Financial Standards.”

- **Llene todos los puntos.** No deje ningún punto en blanco. Si la respuesta es cero, escriba cero.
- **Proporcione documentación de los gastos.** Es probable que no se consideren aquellos gastos para los cuales no se proporcionen documentos que respalden la reclamación.
- **Declare y documente los ingresos familiares.**
- En caso de no proporcionar esta información y documentación, podría denegarse la reclamación basada en dificultades financieras.

Ingresos

Su Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

País: _____

Actual Empleador: _____ Fecha de empleo: _____

Teléfono del Empleador: _____ Puesto actual: _____

Ingresos brutos: \$ _____ Semanal Quincenal Mensual Otro _____

Ingresos netos: \$ _____ Semanal Quincenal Mensual Otro _____

ADJUNTE: COPIAS DE LOS DOS RECIBOS DE SUELDO MÁS RECIENTES Y COPIAS DE LOS FORMULARIOS W-2s Y 1040, 1040A, 1040EZ u otros formularios presentados al IRS en forma reciente

Número de dependientes _____ (incluyéndose)

Estado civil: Casado Soltero Divorciado

Nombre del cónyuge: _____ SSN del cónyuge: _____

Ingresos brutos: \$ _____ Semanal Quincenal Mensual Otro _____

Ingresos netos: \$ _____ Semanal Quincenal Mensual Otro _____

ADJUNTE: COPIAS DE LOS DOS RECIBOS DE SUELDO MÁS RECIENTES Y COPIAS DE LOS FORMULARIOS W-2s Y 1040, 1040A, 1040EZ u otros formularios presentados al IRS en forma reciente

Otros residentes del domicilio con ingresos: _____ SSN: _____

Ingresos brutos: \$ _____ Semanal Quincenal Mensual Otro _____

Ingresos netos: \$ _____ Semanal Quincenal Mensual Otro _____

**ADJUNTE: COPIA DE LOS DOS RECIBOS DE SUELDO MÁS RECIENTES Y
COPIAS DE LOS FORMULARIOS W-2s Y 1040, 1040A, 1040EZ u otros formularios
presentados al IRS en forma reciente**

Otros Ingresos:

Alimentos de menores: \$ _____ Semanal Quincenal Mensual Otro _____

Pensión alimentaria: \$ _____ Semanal Quincenal Mensual Otro _____

Intereses: \$ _____ Semanal Quincenal Mensual Otro _____

Asistencia pública: \$ _____ Semanal Quincenal Mensual Otro _____

Otros: \$ _____ Describir: _____

Sírvase explicar todas las deducciones de los recibos de sueldo:

Deducciones	Monto	Razón
401K:	_____	_____
Jubilación:	_____	_____
Cuotas sindicales:	_____	_____
Cobertura médica:	_____	_____
Cooperativa de crédito:	_____	_____
Otros:	_____	_____

Gastos mensuales

Vivienda (ENVIAR COPIA DE HIPOTECA O CONTRATO DE ALQUILER)

Alquiler/Hipoteca: \$ _____ A quién se paga: _____

2º hipoteca: \$ _____ A quién se paga: _____

Seguro de la Vivienda Propia/de Alquiler: \$ _____

Otros: \$ _____ Describir: _____

Alimentación y gastos de la familia

Gastos: \$ _____

Ropa: \$ _____

Servicios públicos (ENVIAR COPIAS DE LA CUENTAS)

Electricidad \$ _____

Gas: \$ _____

Agua/Cloacas: \$ _____

Basura: \$ _____

Teléfono básico: \$ _____

Otros: \$ _____ Describir: _____

Gastos médicos (ENVIAR COPIAS DE LA CUENTAS)

Seguro \$ _____/por mes

(Indique solamente aquellos pagos que no se deduzcan del sueldo)

Pagos de cuentas \$ _____/por mes

(Indique solamente aquellos pagos que no estén cubiertos por el seguro)

Otros: \$ _____/por mes

Describir: _____

Transporte (ENVIAR COPIAS DE LA DOCUMENTACIÓN DEL CREDITO O CUENTAS DEL VEHÍCULO)

Cantidad de vehículos _____

Pago vehículo 1: \$ _____/por mes
Pago vehículo 2: \$ _____/por mes
Gasolina y aceite: \$ _____/por mes
Transporte público: \$ _____/por mes
Seguro del vehículo: \$ _____/por mes
Otros: \$ _____ Describir: _____

Guardería infantil (ENVIAR COPIAS DE LA CUENTAS)

Guardería infantil: \$ _____/por mes Cantidad de niños: _____
Alimentos de menores: \$ _____/por mes Cantidad de niños: _____
Otros: \$ _____/por mes Describir: _____

Otros seguros: \$ _____ Describir: _____

Otros gastos (Adjuntar una lista con descripción de gastos, pago mensual e incluir cuentas)

Sobre la base de esta Declaración, creo que puedo pagar \$ _____ por mes.

Declaro, bajo pena de perjurio, que las respuestas y declaraciones que aparecen en el presente son fidedignas y correctas.

Firma _____ Fecha _____

Advertencia: 18 U.S.C. 1001 dispone que “quienquiera que...a sabiendas e intencionalmente falsifique, oculte o encubra mediante alguna treta, plan o subterfugio algún hecho importante o efectúe alguna declaración que sea sustancialmente falsa, ficticia o fraudulenta será pasible de una multa de hasta \$10,000.00 o cinco años de prisión, o ambos”.

Llene, firme y envíe la información solicitada y la documentación a:

US DEPARTMENT OF EDUCATION
PO BOX 5227
GREENVILLE TX 75403-5227

Información de la Ley de Privacidad

La presente solicitud está autorizada en virtud de 31 U.S.C. 3711, 20 U.S.C. 1078-6, y 31 U.S.C 3720D. Usted no tiene la obligación de proporcionar esta información. Si no lo hace, no podremos establecer su capacidad financiera de pago de la deuda por ayuda estudiantil. La información que proporcione será utilizada para evaluar su capacidad de pago. Podrá ser dada a conocer a agencias gubernamentales y sus contratistas, a empleadores, instituciones crediticias y otros a fin de hacer cumplir esta deuda, a terceros en auditorías, investigaciones o controversias relativas a la administración de la deuda, y a toda aquella parte que tenga derecho a esta información en virtud de la Ley de Libertad de Información u otra legislación federal o con su consentimiento. La explicación de estos usos figura en el Aviso de Sistema de Registros 18-11-07, 64 FR 30166 (4 de junio de 1999), 64 FR 72407 (27 de diciembre de 1999). Le enviaremos una copia previa solicitud.